



**PROGRAMA DE REGISTRO DE IMMUNIZACIÓN DE LOS NIÑOS DE INDIANA(CHIRP)
ADMINISTRACIÓN DE VACUNA
ANOTACIÓN DE FIRMA O RECIBO DE PADRES/TUTOR**

He leído o he recibido explicación de la información en la "Declaración de información de vacuna" o la "Declaración de información importante" para la(s) enfermedad(es) y la(s) vacuna(s) marcadas abajo. He tenido la oportunidad de preguntar sobre y entender completamente las ventajas y los riesgos de la(s) vacuna(s) marcada(s) abajo. Pido que estas vacunas sean dadas a mí o a la persona nombrada abajo.

- DT
 Td
 DTaP
 DTaP-Hib
 DTaP/HepB/IPV
 Hib
 IPV
 MMR
 HEP B
 Varicella
 HIB/Hep B
 PCV-7

Apellido:		Primer nombre:		Segundo nombre:		DNI de paciente:		Número Seguro Social de paciente*:	
Fecha de Nacimiento:		Edad:	Estado de nacimiento:		País de nacimiento:		Hoosier Hwise #:	Género: M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	
Raza: <input type="radio"/> Blanco <input type="radio"/> Negro Americano <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Multi-racial <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Hawaiano Nativo, Isleño de Pacífico <input type="radio"/> Indio Americano						Origen hispánico: <input type="radio"/> Hispano <input type="radio"/> No Hispano <input type="radio"/> Desconocido			
Nombre de médico:						Escuela:			
Apellido de tutor 1:			Primer Nombre:			Segundo Nombre:		Número Seguro Social de tutor 1*:	
Apellido de tutor 2:			Primer Nombre:			Apellido inaugural de madre:			
Dirección postal de adulto responsable: <input type="radio"/> Madre <input type="radio"/> Padre <input type="radio"/> Otro(especifique)_____									
Apellido:					Primer Nombre:				
Dirección:					Teléfono en casa:			Teléfono de trabajo:	
Ciudad:		Estado:	Código postal:		Correo electrónico:				
Idioma, si no es inglés (especifique):					Otro número de teléfono (especifique)::				
(Uso de clínica solamente)		Chart Number:							
Funding Source		<input type="radio"/> Medicaid <input type="radio"/> Uninsured <input type="radio"/> Nat. American or Alaskan <input type="radio"/> Underinsured FQHC Only <input type="radio"/> Hoosier Hwise Pkg C <input type="radio"/> Not Eligible							
*Numeros Seguro Social se puede usar para identificar al paciente y a los parientes y son opcionales en este impreso. No hay pena por la falta de ofrecer los Numeros Seguro Social.									

Firma de la persona que recibe la vacuna o de la persona autorizada para consentir en la(s) inmunización (es)

Firma de padre/tutor

Nombre en letra impresa de padre/tutor

Fecha

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
 (mes) (día) (año)

Cuestionario de selección para vacunación de niños y adolescentes

A los padres/tutores: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar cuáles vacunas le podremos dar hoy a su hijo. Si contesta "sí" a alguna pregunta, eso no siempre quiere decir que no deben vacunar a su hijo. Simplemente quiere decir que hay que hacerle más preguntas. Si alguna pregunta no está clara, pida a su profesional de la salud que se la explique.

	Sí	No	No sabe
1. ¿Está enfermo hoy el niño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Es alérgico el niño a algún medicamento, alimento, a algún componente de las vacunas o al látex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Tuvo alguna vez el niño alguna reacción seria a una vacuna en el pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tenido el niño algún problema de salud como enfermedad de los pulmones, del corazón, de los riñones o metabólica (como diabetes), asma o un trastorno de la sangre? ¿Está en terapia de aspirina a largo plazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Si el niño que va a ser vacunado tiene entre 2 y 4 años de edad, ¿le dijo algún profesional de la salud en los últimos 12 meses que el niño tuvo sibilancias o asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Si el niño es bebé, ¿le dijeron alguna vez que tuvo intususcepción?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿El niño, uno de sus hermanos o padres, ha tenido convulsiones; ha tenido el niño problemas del cerebro o algún otro problema del sistema nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Tiene el niño cáncer, leucemia, SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. En los últimos 3 meses, ¿ha tomado el niño cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer, o le han hecho tratamientos de radiación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Durante el año pasado, ¿le hicieron al niño una transfusión de sangre o de productos de la sangre, o le dieron inmunoglobulina o gamaglobulina o algún medicamento antiviral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Está la niña/adolescente embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Le aplicaron alguna vacuna al niño en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Formulario llenado por: _____ Fecha: _____

Formulario revisado por: _____ Fecha: _____

¿Trajo el comprobante de vacunación de su hijo? sí no

Es importante que tenga un comprobante de vacunación personal de las vacunas de su hijo. Si no lo tiene, pídale al profesional de la salud de su hijo que le dé uno con todas las vacunas de a su hijo. Guárdelo en un lugar seguro y llévelo todas las veces que su hijo reciba atención médica. Su hijo necesitará este documento importante por el resto de su vida para ingresar a la guardería o a la escuela, para empleos o para viajar al extranjero.